



MMS Bulletin #139

Alternde Gesellschaften und Gesundheit

Herausforderungen für die Gesundheitszusammenarbeit
Altern und Gesundheit im globalen Süden
im 21. Jahrhundert

Von Peter van Eeuwijk

Das Altern der Gesellschaften ist nicht mehr nur ein Phänomen der Industriestaaten, sondern in wachsender Masse auch des Globalen Südens. Generelle Merkmale dieser Transformation sind einerseits das hohe Tempo und andererseits die grosse Anzahl betroffener Menschen. Dieser rasche demographische Wandel geht Hand in Hand mit einer ebenso gewichtigen epidemiologischen Veränderung innerhalb der Gesellschaften des Südens. Der Globale Süden weist im 21. Jahrhundert viele alte Menschen mit zunehmend chronischen Krankheiten und einem erhöhten Pflegebedürfnis auf. Doch sind sowohl die gesellschaftlichen Strukturen als auch die jeweiligen Gesundheitssysteme auf diese Herausforderung vorbereitet?



Der ältere Bruder (rechts) pflegt seinen alleinstehenden jüngeren Bruder (Rufiji, Tansania). (Bild: Peter van Eeuwijk/ Universität Basel)

Mit Blick auf alternde Gesellschaften und Gesundheit stehen nicht nur demographische und damit verbundene epidemiologische Veränderungen, sondern gleichzeitig ablaufende soziale Umgestaltungen, Änderungen des Lebensstils und Urbanisierungsprozesse (meist gekoppelt mit Migration) zueinander in Beziehung. Diese fünf Dynamiken sind heutzutage quantitativ gefestigte Realitäten, die das Bild jeder alternden Gesellschaft prägen (Eeuwijk, 2003b). Doch was bedeuten sie in qualitativer Hinsicht auf der Ebene der Gemeinschaft, des Haushaltes und des Individuums im Globalen Süden? Diesbezüglich stellen sich einige konkrete Fragen: Wie geht ein Haushalt in Subsahara-Afrika mit einer 75-jährigen verwitweten Grossmutter um, die an Diabetes, körperlicher Schwäche und Sehverlust leidet? Wer pflegt sie? Welche medizinische Unterstützung kann ihr angeboten werden? Wer übernimmt ihre gesundheitsrelevanten Ausgaben? Daran knüpfen auch kritische Fragen: Wie nachhaltig sind noch bestehende oder neue (oder eine Kombination von beiden) Beistandsnetzwerke für alte Personen unter diesen Umständen? Und werden aktuelle Strategien von staatlicher Seite, von multilateralen Organisationen und von Entwicklungsakteuren diesen komplexen Strukturen und Prozessen gerecht?

Globaler Süden: Altern in Unsicherheit

Die erfahrene Langlebigkeit ist sicher eine weltweite Erfolgsgeschichte und beglückende Tatsache – doch geschieht dies im Globalen Süden meist in Absenz von formellen Wohlfahrtseinrichtungen, im Rahmen erodierender herkömmlicher Absicherungssysteme und ohne Kompensation dieser Ungewissheiten durch staatliche oder private Unterstützung. Diese zunehmende Altersvulnerabilität im Globalen Süden lässt sich in einem ‚Dreieck der Unsicherheit‘ verorten (Eeuwijk, 2006):

- soziale Unsicherheit (wer unterstützt die alten Menschen?);
- wirtschaftliche Ungewissheit (wie bestreiten alte Leute ihre Lebensgrundlage?);
- gesundheitliche Unbestimmtheit (wann tritt eine Erkrankung ein?).

Tatsächlich sind Krankwerden und Kranksein mit zunehmendem und in hohem Alter eine bedeutungsvolle Dimension der Lebensqualität. Nicht zuletzt werden Erkrankungen vermehrt zu ‚Lebensbegleiter‘ für alte Personen. Tritt ein Gesundheitsproblem unter den oben geschilderten ungewissen Umständen auf, wird insbesondere die Alterspflege zur grössten Herausforderung. Die Frage ‚wer pflegt mich denn noch?‘ wird im Globalen Süden zum dominanten Kennzeichen der Verwundbarkeit im Alter.

Alt werden und krank werden: Chronische Krankheiten

Das Risiko, an einer chronischen Krankheit zu erkranken, nimmt mit zunehmendem Alter zu. Mit Blick auf den Globalen Süden sind dies vor allem kardiovaskuläre Leiden, Diabetes, Krebs und Atemwegenerkrankungen, zudem sind Bluthochdruck, rheumatische Beschwerden und mentale Erkrankungen vermehrt anzutreffen (WHO, 2014, 2015a). Ein Charakteristikum des Alterns im Globalen Süden besteht darin, dass viele alte Personen neben chronischen Erkrankungen oft gleichzeitig noch unter Infektionskrankheiten wie Lungentuberkulose, Typhus oder Haut- und Wurmkrankheiten sowie unter altersbedingten Beschwerden leiden. Diese multiple Morbidität („multimorbidity“) bei alten Menschen führt sowohl nationale Gesundheitssysteme als auch bestehende Pflegeanordnungen (etwa im Haushalt) an die Grenzen des Machbaren (WHO, 2015a).



Älteres gebrechliches Ehepaar verbringt den Lebensabend vor seiner Hütte (Rufiji, Tansania). (Foto: Peter van Eeuwijk/ Universität Basel)

Alt werden und krank werden: „Ein Museum an Erkrankungen“

Nicht zuletzt bedingen diese umfassenden Krankheitsbilder auch ein erhöhtes Therapiebedürfnis der alten Leute, dem jedoch die jeweiligen lokalen biomedizinischen Angebote oft nicht entgegenkommen (können). Das heisst konkret: Auch wenn in vielen Ländern des Globalen Südens Menschen über 60 respektive 70 Jahre rechtlichen Anspruch auf eine kostenlose Diagnose und Therapie haben, werden sie abgewiesen unter dem Hinweis, dass das lokale Gesundheitspersonal keine Möglichkeit sieht, alte Menschen aufgrund ihrer multiplen Erkrankungen zu behandeln. ÄrztInnen sprechen mit Blick auf solche PatientInnen oft von einem ‚Museum an Erkrankungen‘ oder einer ‚Lebenden Sammlung an Krankheiten‘, die sie aufgrund ihrer beschränkten Mittel nicht kurieren können. Die alten Leute selbst deuten eine solch ablehnende Haltung als Zeichen eines strukturellen ‚ageism‘, also einer erfahrenen Diskriminierung aufgrund des (hohen) Alters.

Alt werden und krank werden: Tägliche Herausforderungen

Der weiterführende Blick auf die chronischen Krankheiten bei alten Menschen führt insbesondere auch in den Bereich der Langzeitpflege (‚long-term care‘) (WHO, 2015a). Sie stellt eine hohe Herausforderung an alle Beteiligten (inklusive der betroffenen alten Person) dar, da über lange Zeit von meist mehreren Personen eine oder mehrere Pflegeaktivitäten

durchgeführt werden müssen. Schon kleinere Umstellungen in der Ernährung (wie Diät halten) und der körperlichen Betätigung (wie vermehrte Bewegung) bei Zuckerkrankheit bringt Haushalte mit niedrigem Einkommen an deren Grenzen:

- Wie kann etwa der tägliche Reis in einer asiatischen Küche (teil-)ersetzt werden?
- Wer kocht bis zu dreimal täglich eine auf Diabetes ausgerichtete Mahlzeit?
- Wer bezahlt die Mehrkosten für diese spezielle Ernährungsweise?
- Und kann sich eine islamische Grossmutter im öffentlichen Raum körperlich betätigen, indem sie etwa frühmorgens joggen geht?
- Wer hütet in der Zwischenzeit die Grosskinder und kocht für die ganze Familie?

Chronische Erkrankungen bewirken zu Beginn meist nur kleine Änderungen, die sich aber langfristig auf der Haushaltsebene zunehmend als intensive und umfassende Unterstützungsarbeit auswirken.

Alt werden und krank werden: Altersbeschwerden

Ein stark vernachlässigtes Krankheitsbild im Globalen Süden verkörpern die Altersbeschwerden ('ageing impairments'), die sich meist in progressiv-degenerativer Form manifestieren. Diese vorwiegend durch den Alterungsprozess hervorgerufenen Beeinträchtigungen umfassen hauptsächlich abnehmende Seh- und Hörfähigkeit, Zahn- und Mundprobleme, Leiden an den Gelenken und am Bewegungsapparat sowie Rückgang des Erinnerungsvermögens. Selten finden diese Krankheiten den Weg ins biomedizinische Gesundheitswesen: Für die alten Leute gehören sie einfach zum Älterwerden und werden auch bei einem Arztbesuch kaum erwähnt, umgekehrt fragen ÄrztInnen selten nach diesen Altersbeschwerden, nicht zuletzt weil ihre Behandlungsmöglichkeiten sehr beschränkt sind (Aboderin & Beard, 2015).



Zwei sehr gesunde Grossmütter (85 Jahre alt) warten auf das Nachtessen (Salavan, Laos). (Foto: Peter van Eeuwijk/ Universität Basel)

Alt werden und krank werden: Eine Brille ist oft unbezahlbar

Eine Brille, unechte Zähne oder eine Gehhilfe können jedoch für alte Menschen wahre Wunder bewirken. Diese Anschaffungen sind jedoch mit einer monetären Auslage verbunden, die sich viele Haushalte nicht leisten können – aber auch nicht leisten wollen, da alte Leute nicht mehr die oberste Gesundheitspriorität in einer Familie mit beschränkten Geldressourcen haben. Im Vergleich zu den als lebensbedrohlich und beängstigend wahrgenommenen chronischen Krankheiten sind diese Altersbeschwerden vor allem störend und hindernd (Eeuwijk, 2003a).

Alt werden und krank werden: Zunehmende Vereinsamung?

Altersbeschwerden behindern die täglichen sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Aktivitäten der alten Menschen auf direkte Art: Viele gewohnte tägliche Handlungen wie Marktaktivitäten, Feld- oder Haushaltsarbeiten, religiöse Verpflichtungen und soziale Treffen können nicht mehr durchgeführt werden. Der Besuch der Moschee für das Freitagsgebet, der Verkauf von Gemüse auf dem Markt, die Teilnahme an einer Sparvereinigung für Frauen, das Treffen der Männer im Tempel für Gemeindeangelegenheiten oder das Hüten des Hausladens sind kaum mehr möglich – die Lebensqualität nimmt somit mit diesen Altersbeschwerden zunehmend und spürbar ab. Sogar anscheinend kleine Probleme wie der allmähliche Verlust der Zähne haben verschiedene direkte und indirekte Folgen – beispielsweise von der erschwerten

Nahrungsaufnahme über andauernde Zahnfleischblutungen bis zum Ausschluss aus religiösen Sing- und Gebetsgruppen und folglich zu selbstauferlegter sozialer Isolierung –, die für die alten Menschen sowohl einen herben Verlust an Lebensunabhängigkeit als auch einen Rückgang an Ressourcenerarbeitung für einen Haushalt bedeuten.

Lokale Strukturen von Alterspflege

Dieser Blick auf chronische Krankheiten im Alter und auf Altersbeschwerden – beide oft begleitet von Infektionskrankheiten – führt auch im Globalen Süden unabwendbar auf die Frage hin, wie spezifische Alterspflegestrukturen auf lokaler Ebene aussehen. Dabei richtet sich das aktuelle Augenmerk insbesondere auf drei Akteure innerhalb eines Pflegeprozesse, nämlich auf:

- die gepflegten älteren Personen
- die pflegenden Menschen
- das soziale Pflegeumfeld

Pflege besteht dabei nicht nur aus einer engen Fokussierung auf die zu pflegende ältere Person oder auch auf ein rein bilaterales Verhältnis zwischen einem gepflegten und einem pflegenden Individuum, sondern umfasst gerade im Kontext des Globalen Südens das breite Spektrum eines sozialen Pflegeumfeldes, das aus verschiedenen sichtbaren und unsichtbaren, direkten und indirekten Pflegehandlungen und -akteuren besteht (Eeuwijk, 2011).

Diese umfassen zum Beispiel Nachbarn oder Untermieter, die ein sorgsames Auge auf eine alte gebrechliche Person werfen, Grosskinder, die das Mittagessen für eine ältere verwitwete Grossmutter bringen, Geldsendungen („remittances“) von in Übersee arbeitenden Kindern an ihre alternden Eltern, einen kurzen Mobiltelefon-Anruf einer in der Stadt lebenden Schwester an ihren bettlägerigen alten Bruder im Dorf oder regelmässige Besuche der Moscheegemeinde mit gemeinsamem Beten bei einem schwer erkrankten älteren Mann. Deshalb verlangt das Wahrnehmen der realen Pflegeverhältnisse – das heisst: wer pflegt denn nun wirklich und was erbringen diese Personen im konkreten Fall? – ein Umschwenken auf die konkrete Pflegeanordnung („care arrangement“) hin und zugleich weg von der Lebensanordnung („living arrangement“).



Zwei alte Witwen kümmern sich um ihre verwaisten Grosskinder (Rufiji, Tansania). (Foto: Peter van Eeuwijk/ Universität Basel)

Entromantisierung traditioneller Strukturen

Die räumliche Nähe ist heutzutage kein Garant mehr dafür, dass Menschen, die etwa in einem gleichen Haushalt mit einer alten Person leben, diese denn auch wirklich pflegen.

Geographische Nähe löst nicht unbedingt eine soziale und emotionale Affinität zur Pflegebereitschaft aus: Kinder im gleichen Haushalt müssen nicht unbedingt einen erkrankten Elternteil pflegen – auch wenn die kulturellen Normen und moralischen Regeln das einfordern. Gerade im Globalen Süden, etwa in verarmten städtischen Räumen oder auch in emigrationsintensiven Gemeinschaften, ist diese intergenerationelle Pflegeverpflichtung (*‚filial piety‘*) nicht mehr gewährleistet.

Die respektvolle Pflegeverantwortung ist dabei mehr und mehr einem fortwährenden Aushandlungsprozess zwischen Pflegenden und älteren Gepflegten unterworfen. Dies führt oft dazu, dass Pflegende ihre Alterspflege unterbrechen oder sogar abbrechen, oft unwillig und nur unter Zwang Pflegeaktivitäten durchführen, dabei häufig eine schlechte Pflegequalität anbieten oder sich sogar an den zu pflegenden alten Familienmitgliedern vergehen. Nicht zuletzt verweigern oft Familienangehörige deutlich jegliche Pflegeleistung wie etwa auch nur eine indirekte Unterstützung mittels Geldzuwendungen für dringend benötigte Medikamente oder Untersuchungen. Die Pflege der alten Menschen im Globalen Süden muss deshalb heutzutage auch ‚entromantisiert‘ werden, sie läuft auf keinen Fall mehr so geradlinig, verbürgt und widerspruchlos ab, wie dies noch in alten (meist ethnologischen) Dokumenten hervorgehoben wurde (Eeuwijk, 2003b).

Langzeitpflege als neue Herausforderung

Die nicht-übertragbaren Erkrankungen und vermehrt chronifizierenden Krankheiten wie HIV/AIDS verlangen eine Langzeitpflege („long-term care“) für alte Personen, die mit einer nicht geringen Belastung verbunden sind. Diese Pflegebürde – etwa körperlicher, sozialer, ökonomischer und/oder psychisch-emotionaler Natur – nimmt analog zum Krankheitsverlauf meist zu und kann oft nicht mehr von einer einzigen Person geleistet werden. Wie wir schon aus dem Bereich von HIV/AIDS kennen, sind im Globalen Süden vermehrt ältere Leute und die dritte Generation (also Grosskinder) als Pflegepersonen – also in Umkehr ihrer ihnen zugesprochenen kulturellen Rolle – zu finden. In der Regel führt dies heutzutage zu Kombinationen innerhalb von Pflegeanordnungen, die sowohl inter- als auch intragenerationell zusammengesetzt sind und zunehmend auch aus nicht-verwandtschaftlichen Personen bestehen (wie Nachbar, Untermieter oder sogar bezahlte Laienkraft) (Eeuwijk, 2003a, 2014).

Darüber hinaus können wir im Globalen Süden einen zunehmenden Wechsel hin zum Altwerden an Ort im eigenen Haus („ageing in place“) – in ruralen und in urbanen Kontexten – wahrnehmen. Dies kommt einer Abkehr von bis anhin kulturell anerkannten Formen der Altersversorgung gleich, nämlich das Umziehen von pflegebedürftigen alten Eltern in das Haus eines Kindes oder die Aufnahme eines pflegebereiten Kindes in das Elternhaus. Diese Neuausrichtung der Residenzgewohnheit von alten Personen bringt gerade im Pflegefall auch neue Herausforderungen mit sich – wie grosse Distanzen zu den Kindern oder Hilfe in Notfallsituationen –, jedoch sind hier neue Technologien wie Mobiltelefone schon erstaunlich gut akzeptierte ‚Pflegetechnologien‘ geworden.



Katholische Ordensschwester kümmert sich um alte pflegebedürftige Männer in einem Altersheim (Sansibar, Tansania). (Foto: Peter van Eeuwijk/ Universität Basel)

Institutionalisierung der Alterspflege im Globalen Süden: Ein Trend zum Altersheim?

Nichtsdestoweniger wird auch die Alterspflege im Globalen Süden vermehrt ein profitorientiertes Arbeitsfeld, etwa als institutionalisierte Pflege in Form von Alters- und Pflegeheimen. Wenngleich auch die kulturelle Akzeptanz dieser ‚Heimformen‘ im Globalen Süden in normativer Weise gering ist und zudem die meisten nationalen Altersleitbilder eine solche formalisierte Alterspflegeform gar nicht vorsehen, sehen wir einen deutlichen Trend hin zu Alters- und Pflegeheimen in Afrika, Asien und Lateinamerika.

Auf der einen Seite bedeuten sie das allerletzte Pflegeauffangnetz vor allem für ältere gebrechliche Witwen und sozial isolierte alte erkrankte Männer – meist von privaten Organisationen und religiösen Institutionen angeboten und oft eine schlechte Pflegequalität aufweisend –, auf der anderen Seite treffen wir vermehrt im urbanen Raum luxuriös ausgestattete Residenzen für ältere pflegebedürftige Leute an, die sich als Mitglieder der Mittel- und Oberschicht diese kostspielige ‚westliche‘ Betreuungsform leisten können.

Dabei erkennen wir auch schon weitere profitorientierte Formen einer globalisierten Alterspflege, etwa die Pflegeangebote für ältere demenzkranke Menschen aus Europa in Südostasien, im südlichen Afrika und in Südamerika. Der nochmalige Blick auf die alternden Gesellschaften im Globalen Süden gesteht den Alters- und Pflegeheimen immerhin eine ergänzende Rolle zu, ohne dass sie jedoch die Alterspflege durch Familien- und Verwandtschaftsmitglieder ersetzen können. Aktuelle Bedürfnisse im sich schnell wandelnden Pflegekontext des Globalen Südens sehen weniger in den Altersheimen als vermehrt in Tagespflegeinstitutionen („Day Care“) und in Pflege zu Hause („Care at Home“) ein wichtiges und kommendes Betätigungsfeld von formalisierter (und wohl auch professionalisierter) Pflegeunterstützung für ältere Menschen (HelpAge International, 2014).

„Anti-Ageing“-Trends als Prozess der Globalisierung

Globalisierende Ströme von Konzepten, Bildern und Handlungen eines guten, gesunden und positiven Alterns sind nun auch im Globalen Süden angekommen – und auch schon angenommen und umgesetzt worden. Von ‚Healthy Ageing‘ (WHO, 2005), ‚Active Ageing‘ (WHO, 2002) über ‚Productive Ageing‘ bis zu ‚Successful Ageing‘ (Rowe & Kahn, 1987) sind diese aus dem Kontext des Globalen Nordens abgeleiteten ‚Verhaltensmodelle‘ für alte Menschen auch im Globalen Süden greifbar und werden von Angehörigen der Mittel- und Oberschicht angewendet.

Jogging am Morgen, bewusste gesunde Ernährung, regelmässige medizinische Checkups, fortdauernde geistige Beschäftigung und Nikotin- und Alkoholenthaltsamkeit sind nur einige Handlungen dieser neuen globalen Vorstellungen eines erfolgreich gestalteten und gelebten Alterns. Dabei ist jedoch zu fragen, ob diese europäisch-nordamerikanischen Werte des guten Alterns – wie eine möglichst lange Unabhängigkeit und Autonomie im hohen Alter, ein selbstverantwortliches Gesundheitshandeln des alternden Menschen, eine personalisierte Biomedizin im Dienste eines zunehmenden ‚Anti-Ageing‘-Trends und ein bis ins hohe Alter

leistungsfähiges Individuum – mit ihrer deutlich neo-liberalen Orientierung auch den gesellschaftlichen Werten des Globalen Südens entsprechen und/oder nicht noch Ungleichheiten in der älteren Bevölkerung verstärken.

Hier setzt auch die aktuelle kritische Diskussion zur Rolle des Staates (im Globalen Süden) bezüglich einer verbesserten sozialen Wohlfahrt für alte Leute ein, zumal die Mehrheit der Regierungen in Afrika, Asien und Lateinamerika heutzutage Systeme einer sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Absicherung für ihre (älteren) BürgerInnen andenkt und zum Teil auch schon am Umsetzen ist (WHO, 2015b).



Zwei gebrechliche ältere Schwestern hüten ihre Urgrosskinder an einem Dorffest (Nord-Sulawesi, Indonesien). (Foto: Peter van Eeuwijk/ Universität Basel)

Gesundheitsversicherung oder doch eher „Social Cash Transfer“?

Diese ‚universal health coverage‘ im Sinne einer Gesundheitsversicherung für Alle – wobei insbesondere eine kostenlose Basis-Krankheitsbehandlung für alte Menschen über 60 oder 70 Jahre im Zentrum steht – beinhaltet sicher eine gutgemeinte, nun auch einzufordernde Absicherung gegen gesundheitliche Risiken im Alter, jedoch bedeuten ihre nachhaltige Finanzierbarkeit, ihre Einschluss- und Ausschlusskriterien und ihre basisnahe Implementierung in einem nationalen Gesundheitswesen noch Problemfelder, denen alte Leute im Globalen Süden mit zunehmender Ungeduld begegnen.

Diesen meist auf nationaler Ebene angesiedelten grossen Wohlfahrtssystemen, die nicht zuletzt auch Rentenfonds umfassen, stehen neue Ansätze wie ‚social cash transfer‘-Programme für alte Personen gegenüber (WHO, 2015a). Sie sind meist auf lokaler oder regionaler Ebene angesiedelt und gehen auf Haushaltsstufe spezifische vulnerable Gruppen (wie verwitwete Grossmütter, die ihre HIV/AIDS-Waisen-Grosskinder grossziehen) mit einer direkten Bargeldzuwendung besonders für Gesundheitsbelange an. Ungeklärte Fragen betreffen dabei die wirkliche Nutzung des Geldes für gesundheitliche Handlungen und die drohende Entsolidarisierung auf Haushaltsebene, bedingt durch eine monetäre Besserstellung gerade der älteren Person im Vergleich mit jüngeren Familienmitgliedern.

Blick in die Zukunft: Dank SDGs eine altersfreundliche Entwicklungszusammenarbeit?

Die seit 2016 geltenden 17 ‚Sustainable Development Goals‘ (SDGs) sehen kein spezifisches Ziel für alte Personen und deren Entwicklungsfelder vor (UN, 2015). Als Kompromissformel beinhaltet diese globale Nachhaltigkeitsagenda den Passus ‚for all at all ages‘ und vertritt dadurch einen ‚all inclusive‘-Anspruch. Ob diese Formulierung eine genügende Priorisierung der Entwicklungsbedürfnisse auch von älteren Menschen innerhalb der SDGs mit sich bringt, wird zumindest aus der Sicht von AltersaktivistInnen angezweifelt. Bewusst oder auch unbewusst hat jedoch diese alters-unspezifische Erwähnung in den SDGs zwei zukünftige Orientierungen angestossen.

Erstens wird jegliches Alter – also auch das hohe – zu einem generellen ‚mainstream‘ im Sinne eines Transversalthemas in der gesundheitsrelevanten Entwicklungszusammenarbeit deklariert, etwa als ‚elderly-friendly development‘; zweitens öffnet sich die Türe hin zu ‚life course‘-Ansätzen, die den Lebens(ver)lauf einer Person anschauen und nicht nur isoliert eine einzelne Lebensphase (zum Beispiel das hohe Alter) betrachten, was gerade für die Gesundheit im Alter neue Erkenntnisse ergeben wird (WHO, 2016). Dies wird jedoch nur gelingen, wenn alle Generationen am Gesundheitsprojekt namens ‚alternde Gesellschaft‘ teilnehmen und mitarbeiten.

Referenzen

- ABODERIN, I. A. G. & BEARD, J. R. 2015. Older People’s Health in Sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 385, e9-e11.
- EEUWIJK, P. VAN 2003a. Urban Elderly with Chronic Illness: Local Understandings and Emerging Discrepancies in North Sulawesi, Indonesia. *Anthropology and Medicine*, 10, 325-341.
- EEUWIJK, P. VAN 2003b. Alter, Gesundheit und Health Transition in Ländern des Südens. Eine ethnologische Perspektive. In: LUX, T. (Hg.) *Kulturelle Dimensionen von Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology*. Berlin: Reimer, 228-250.
- EEUWIJK, P. VAN 2006. Old-Age Vulnerability, Ill-Health and Care Support in Urban Areas of Indonesia. *Ageing and Society*, 26, 61-80.

- EEUWIJK, P. VAN 2011. Altern in Unsicherheit. Gesundheit und Pflege von alten Menschen in Indonesien und Tansania. In: KOLLEWE, C. & SCHENKEL, E. (Hg.) *Alter: unbekannt. Über die Vielfalt des Älterwerdens. Internationale Perspektiven*. Bielefeld: Transcript, 83-111.
- EEUWIJK, P. VAN 2014. The Elderly Providing Care for the Elderly in Tanzania and Indonesia: Making 'Elder to Elder' Care Visible. *Sociologus*, 64, 29-52.
- HELPAGE INTERNATIONAL 2014. *Home Care for Older People. The Experience of ASEAN Countries*. Seoul: HelpAge Korea.
- ROWE, J. W. & KAHN, R. L. 1987. Human Aging: Useful and Successful. *Science*, 237, 144-149.
- UN 2015. *Sustainable Development Knowledge Platform: Sustainable Development Goals*, New York: UN. <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>
- WHO 2002. *Active Ageing: A Policy Framework*, Geneva: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- WHO 2005. *Healthy Ageing. Practical Pointers on Keeping Well*, Geneva: WHO. <http://www.wpro.who.int/publications/docs/HealthyAgeingFinal.pdf>
- WHO 2014. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases*, Geneva: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
- WHO 2015a. *World Report on Ageing and Health*, Geneva: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1
- WHO 2015b. *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*. Geneva: WHO & The World Bank. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1
- WHO 2016. *Multisectoral Action for a Life Course Approach to Healthy Ageing: Draft Global Strategy and Plan of Action on Ageing and Health*, Geneva: WHO. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf?ua=1



Peter van Eeuwijk, PhD, Ethnologe und Historiker, Senior Researcher und Senior Lecturer an den Universitäten Basel, Zürich und Bern; Project Leader am Swiss Tropical and Public Health Institute Basel; Lehrbeauftragter der Universitäten Basel und Freiburg i.Br Email

Kontakt

Deutschschweiz

Medicus Mundi Schweiz
Murbacherstrasse 34

Suisse romande

Medicus Mundi Suisse
Rue de Varembe 1

Bankverbindung

Basler Kantonalbank, Aeschen, 4002 Basel
Medicus Mundi Schweiz, 4056 Basel

CH-4056 Basel
Tel. +41 61 383 18 10
info@medicusmundi.ch

CH-1202 Genève
Tél. +41 22 920 08 08
contact@medicusmundi.ch

IBAN: CH40 0077 0016 0516 9903 5
BIC: BKBBCHBBXXX